



Σωματείο Ελλήνων Αρωματοθεραπευτών

Αγνώστων Μαρτύρων 62, Νέα Σμύρνη 171 23

T: 210 9343861 • F: 210 9351839 • W: www.aromatherapeia.eu • E: info@aromatherapeia.eu

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝ/ΣΗΣ: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ: / /

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Οδός: Αρ.:

Πόλη: ΤΚ:

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ: FAX:

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ: ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ ΜΕΛΗ

(1) : ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

(2) : ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρακαλούμε όπως αναφέρετε στη συνέχεια τα στοιχεία της κύριας εκπαίδευσής σας στην Αρωματοθεραπεία:

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΗΣ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ:

ΕΤΟΣ: ΜΗΝΕΣ ή ΩΡΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

Λήψη πιστοποιητικού / βεβαίωσης σπουδών: ΝΑΙ ΟΧΙ

Άλλη εκπαίδευση:

.....

.....

.....

.....

** Παράκληση για υποβολή αντιγράφων των τίτλων σπουδών.*

ΛΟΙΠΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΕ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Παρακαλούμε αναφέρατε σχολή, διάρκεια σπουδών, έτος αποφοίτησης, κλπ. Επίσης σχετικά σεμινάρια, ημερίδες, κλπ.

.....

.....

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Είσαστε απόφοιτος Γυμνασίου:

Λυκείου:

Ανωτέρας σχολής:

Ανωτάτης σχολής:

Μεταπτυχιακό:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ασκείτε την Αρωματοθεραπεία σαν κύριο επάγγελμα: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ από πότε αρχίσατε να ασχολείσθε επαγγελματικά με την αρωματοθεραπεία; / /

Σχετικά επαγγελματικά Σωματεία στα οποία είσαστε μέλος:

.....

.....

.....

Ημερομηνία αίτησης

..... / /

Υπογραφή

.....

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΙΔΟΧΗΣ ΝΕΩΝ ΜΕΛΩΝ

.....

.....

ΗΜ/ΝΙΑ: / /

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΑΠΟΦΑΣΗ Δ.Σ.:

.....

.....

ΗΜ/ΝΙΑ: / /

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: